Über das Myom der Portio vaginalis

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt
und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen
Ludwigs-Maximalians Universität München

Vorgelegt von
Hugo Hamberger, Rosenheim

1927

Druckerei „Ilmgau" A. Kapfhammer, München, Kurfürstenstr. 8

Gedruckt mit Genehmigung einer Hohen Medizinischen Fakultät in München.

Referent: Herr Prof. Dr. F. Weber.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern gewidmet!

Häufigkeit:

Schon in der Bestimmung der Zahl der Cervixmyome zeigen sich in der Literatur gewaltige Schwankungen. Nach Courty u. Gouon haben 16%, nach Fehling 5—8%, nach v. Winckel 5% aller Uterusmyome ihren Sitz in der Cervix. Der Grund dafür dürfte in der verschiedenen Auffassung des Begriffes Cervixmyom von Seiten der einzelnen Autoren liegen.

Noch schwieriger ist die annähernde Bestimmung der Häufigkeit der Portiomyome, denn viele der in der Literatur als Portio- oder Cervixmyome aufgeführten Tumoren sind gar keine primär dort entstandenen, sondern, wie das v. Winckel (Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1890) von vielen derartigen Fällen für wahrscheinlich hält, primär im Corpus uteri entstanden und dann nach unten gerückt, indem sie nur das Gewebe des Collum uteri im Herabsteigen vor sich hergedrängt haben. Dies gilt besonders auch, worauf Lomer (Ueber die Enukleation der Myome, Deutsche med. Woch. 1899 Nr. 16) aufmerksam macht, von den als Cervix bzw. Portiomyomen zahlreich publizierten großen Geschwülsten, welche das Becken ausfüllen. Es handelt sich in solchen Fällen gewöhnlich um solche Tumoren von derartigen Dimensionen und modifizierendem Einfluß auf die normalen Lagerungsverhältnisse des Uterus, daß die Entscheidung ob sie der Portio, der Cervix oder dem Corpus ihre erste Entstehung verdanken, oft unmöglich ist.

Vorbeck kannte bis 1903 nur 14 Fälle. Die vollständigste und modernste Zusammenstellung bringt Queissez, der bis 1923 über 100 Portiomyome berichten konnte.

Bei kritischer Würdigung all dieser Schwierigkeiten in der Schätzung der Häufigkeit der Portiomyome ergibt sich eine Zahl von 1% sämtlicher Uterusmyome.

Die Ursache der Seltenheit von Fibromyombildung in der Portio wird in dem geringeren Muskelgehalt derselben und in dem von Henle festgestellten Unterschied in den Gefäßwandungen des Corpus uteri einerseits und der

Cervix Portio uteri andererseits vermutet, wonach die Arterien in den letzteren eine viel dickere Muskularis besitzen sollen als im Corpus uteri (v. Winckel). Außer der Verschiedenartigkeit der Blutzufuhr weist Löhlein (Zur operativen Behandl. großer Cervixmyome, Deutsche med. Woch. 1899 Nr. 16) auf die physiologischen Beziehungen zwischen Ovar und Collum uteri hin, welche anerkanntermaßen nicht so innige seien, wie jene zwischen Ovar und Corpus uteri.

Was die Pathologische Anatomie der Portiomyome betrifft, so muß man wie bei den Myomen des übrigen Uterus unterscheiden zwischen den eigentlichen Muskelgeschwülsten, den Leiomyomen, und den viel selteneren Adenomyomen. Letztere zeichnen sich dadurch aus, daß sie außer den glatten Muskelfasern noch mehr oder weniger Drüsenschläuche enthalten. Ihre Aetiologie ist umstritten. Im Bereich der Portio wird nach den Untersuchungen von J. G. V. Meyer an eine Entwicklung aus dem Gärtner'schen Gang (Wolff) zu denken sein. Für die von Recklinghausen angegebene Entstehung von Adenomyomen aus versprengten Urnierenkeimen konnte im Bereich der Portio noch kein Beispiel gezeigt werden.

Das makroskopische Verhalten der Portiomyome ist ein sehr verschiedenes; oft sind sie kaum zu erkennen, dann wieder erreichen sie Faustgröße, meist von kugeliger Gestalt, grobhöckerig, gegen die Umgebung gut abgrenzbar, seltener diffus in die Umgebung übergehend (siehe den Fall von Zacharias). Die Farbe ist auf dem Durchschnitt mehr weißlich gegenüber dem Rotbraun der Muskulatur des Uterus. Entsprechend dem Ueberwiegen des Bindegewebes im Bereich der Portio und Cervix, schreibt Virchow, enthalten auch die Portiomyome mehr Bindegewebe als glatte Muskulatur, worauf auch das langsamere Wachstum gegenüber den Corpusmyomen zurückzuführen sein wird. Nach Borst haben die fibrosen Myome mehr Gefäße, als die rein muskulären; durch die Erweiterung der Blutgefäße kann es zum cavernösen Myom, durch Lymphbahnerweiterung zum Myoma lymphangiectaticum kommen.

Mikroskopisch gleichen die Poriomyommuskelfasern denen des Uterus, nur erscheinen sie meist etwas kürzer und schlanker, wie wenn sie nicht völlig ausgereift

wären. Ueberwiegt das Bindegewebe, wie es bei den Portiomyomen der Fall ist, so spricht man von Myoma durum. Sehr oft kommt es zu degenerativen Vorgängen, wie cystischer Erweichung, myxomatöser Umwandlung, Verfettung, zu Verkalkungen, Vereiterungen und Verjauchungen, besonders bei den submucös gelagerten Myomen. Dies beeinflußt wieder Form und Größe des Myoms und führt zu Reaktionsvorgängen von Seite der Umgebung.

Worauf die Neigung mancher Myome zur Entartung zurückzuführen ist, ist nur sehr schwer zu vermuten. Vielleicht hängt es mit der mangelhaften Gefäßversorgung zusammen. Polano erklärt die so häufige lymphatische Erweichung mit der geringen auf stielartigen Brücken erfolgenden Gefäß-Zu- und -abfuhr.

Da die Portiomyome wie die Cervixmyome sehr viel reicher an Bindegewebe sind wie die Myome des Corpus uteri, so wachsen sie auch viel langsamer. Aber auch andere Factoren beeinflussen die Schnelligkeit des Wachstums. Die Gravidität gibt den Tumoren die Tendenz zu raschem Wachstum, während das Wochenbett ein starkes Zurückgehen der Geschwülste veranlaßt. Auch durch den starken Blutzufluß während der Menstruation tritt eine Anschwellung des Myoms ein; dagegen glaubte man früher, daß die Myome im Klimakterium ihr Wachstum ganz einstellen. Dies ist aber nur insoferne richtig, als ihre Gefäßversorgung eine geringere wird, wodurch es entweder nur noch zu einem beschränkten Wachstum oder gar zu einem völligen Stillstand kommt. Ganz besonders wachsen die teleangiektatischen und lymphangiektatischen Myome.

Gerade die gestielten Portiomyome, welche in die Vagina herein- oder gar vor die Vulva heraushängen, sind vielfachen mechanischen Schädigungen ausgesetzt; an Defekte der Tumoroberfläche können sich eitrige Einschmelzungen des ganzen Portiomyoms anschließen.

Koblank weißt besonders auf das Auftreten der Portiomyome nach der Menopause hin. Er selber fand ein Portiomyom bei einer Frau von 63 Jahren, Kolb bei einer 64jährigen, die 14 Geburten hinter sich hatte, ein wallnußgroßes Portiomyom der vorderen Muttermundslippe. Dagegen bringt Queissez folgende Zusammenstellung:

Portiomyome

3	Pat.	zwischen	20—29 Jahren	= 6,6%
13			30—39	= 28,2%
20			40—49	= 43,3%
8			50—59	= 17,5%
2			60—69	= 4,4%

Myome im Allgem. (Hofmeier)

4,9%	zwischen	20—29 Jahren
27,9%		30—39
52,8%		40—49
13,2%		50—59
1,1%		60—69

Also trifft auch die Mehrzahl der Portiomyome auf die sexuell aktive Zeit. Queissez glaubt auch, daß die Menopause auf sie keinen rückbildenden Einfluß ausübt, wie bei den sonstigen Myomen. — Uebrigens spricht das unter anderem zu Gunsten der Operation gegenüber der Röntgentherapie.

Das Geburtstrauma scheint im Gegensatz zu den übrigen Myomen in der Aetiologie der Portiomyome eine große Rolle zu spielen. Denn Queissez fand unter 40 Aufzeichnungen, daß es sich 5 mal um Nullipare handelte im Vergleich zu 35 Frauen, die vorher geboren hatten.

Aetiologie der Myome:

Schon Gusserow führte in seiner klassischen Darstellung aus, daß wir über die Aetiologie der Myome nichts Sicheres wissen. Während die älteren Arbeiten, z. B. Virchows als Ausgangspunkt die Muskelfasern des Uterus nehmen, suchen jüngere Arbeiten in den Gefäßen des Uterus den Mutterboden für die Geschwulstbildung. So verfolgte Rösger embryologisch die Entwicklung des Muskeluterus. Er glaubt, daß die Muskelzellen des Uterusparenchyms, wie die Gefäßwände aus demselben Gewebe, nämlich den mesodermalen Bildungszellen des ursprünglichen Genitalstranges entstehen und daß die erste Anlage des Myoms von der Muskulatur kleinster Arterien ausgeht. Auch Gottschalk ist der Ansicht, daß der Grundstock des Myomkeimes von einem auffallend stark gewundenen Abschnitt einer größe-

ren Arterie gebildet würde, deren Lichtung durch Wucherung der Wandelemente stellenweise obliteriert sein könnte. Obwohl diese Ansichten sehr stark angezweifelt wurden, so haben sie doch manches für sich; denn nicht leicht ein anderes Organ ist so mit dem Gefäßsystem verbunden, wie gerade der Uterus.

Einen begünstigenden Faktor in der Entstehung der Myome bildet wahrscheinlich das Ovarium. Denn die Myome entstehen erst mit der Geschlechtsreife, nehmen mit dem Alter an Zahl und Größe zu, wachsen besonders bei der Schwangerschaft und bilden sich zuweilen in der Menopause spontan zurück. Was die Adenomyome betrifft, so wurde schon auf die Hypothesen von Recklinghausen und Meyer hingewiesen. Gerade bei diesen Adenomyomen ist die Grenze zwischen Gut- und Bösartigkeit sehr schwer zu ziehen, da es kontinuierliches Fortwuchern der gemischten Gewebsstrukturen bis in die Lymphbahnen ohne Zeichen wirklicher Zerstörung, anderseits echte Metastasen auf dem Blutweg mit Erhaltung der gutartigen Struktur geben soll (Lit. Hart).

Nach neueren Untersuchungen sieht man als Quelle der eigentlichen nicht drüsenführenden Myome ganz kleine in der Struktur ihrer Muskelfasern von der übrigen Uterusmuskulatur abweichende, bis zu 80 μ Durchmesser haltende, schon bei jugendlichen Individuen gefundene Muskelzellenherde an (R. Meyer, Sakurai).

Ueber die eigentliche Ursache des Entstehens von Myomen müssen wir uns mit Theorien und Hypothesen begnügen, von denen Virchows irritative Theorie, der sich auch v. Winckel auf Grund eines großen statistischen Materials anschließt, sowie die Cohnheimsche Annahme einer embryonalen Anlage die meisten Anhänger haben dürften.

Nach Röhrig sind alle diejenigen Momente, welche den normalen Ablauf des Menstruationsvorganges stören können, gleichzeitig als ätiologische Momente für die Entstehung von Fibromyomen anzusprechen und zwar kommt ebenso das Ausbleiben der Menses als die abnorm gesteigerte Kongestion, die dauernde Stauung der Venen des Uterus, als auch die übermäßig erhöhte aktive Hyperämie dieses Organes in Betracht. Dies wäre auch ein Erklärungsversuch für das geringere Entstehen der Portio-

myome, da ja die Portio am wenigsten von der Menstruation beeinflußt wird, infolge ihres ganzen anatomischen Aufbaues, ihrer Gefäßversorgung.

Sitz der Portiomyome.

K. Kolb behauptet, daß die vordere Muttermundslippe häufiger der Sitz der Portiomyome sei, als die hintere. Auf Grund seiner genauen und erschöpfenden Zusammenstellung kommt jedoch Queissez zu dem Urteil, daß beide Muttermundslippen gleich beteiligt sind.

Der Ausgang von einer der beiden seitlichen Partien ist außerordentlich selten und bis jetzt nur einmal beschrieben worden. Es handelt sich dabei um den von Amann beobachteten Fall, der später genauer dargestellt werden wird.

Diagnose.

Kleinere gestielte Portiomyome machen der Diagnose keine Schwierigkeiten. Erreichen sie jedoch eine bedeutendere Größe und in Verbindung damit ein größeres Gewicht, so fällt bei der Durchsicht der Literatur die häufige Verwechslung mit Prolaps und Inversio uteri auf. Eine genaue innere Untersuchung stellt dann meistens die Ursache fest.

Die Symptome der Blutung und der wehenartigen Schmerzen besonders bei submucösen Myomen, welche in die Vagina geboren werden, läßt differentialdiagnostisch auch an einen Abort denken.

Verjaucht ein Portiomyom, so kommt vor allem die Differentialdiagnose eines Portiocarcinoms in Frage. Zacharias beschrieb einen solchen Fall, bei dem die Diagnose auf Carcinoma cervicis gestellt worden war, während die nach der Exstirpation ausgeführte mikroskopische Untersuchung ein Fibromyom der Cervix und Portio feststellte. Auch auf den später zitierten Fall Quaas sei hier hingewiesen.

Bei ganz großem sich ausnahmsweise nach oben ausbreitendem Portiomyom wäre schließlich auch einmal an eine Verwechslung mit Gravidität zu denken; da ja die Blutung kein absoluter Gegenbeweis gegen Schwangerschaft darstellt, da Oedeme und Varicen auftreten können und es sogar zur bei Myomen öfters beobachteten

Laktation kommen kann. Fehlende Herztöne und fehlende kindliche Bewegungen sowie die Röntgenphotographie klären dann die schwankende Diagnose. Differentialdiagnostisch ist auch die Unterscheidung zwischen einer einfachen Hypertrophie und dem eigentlichen Portiomyom meist nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung zu stellen. Das beweist der von Koblank beschriebene Fall.

Besondere Schwierigkeiten können auch jene Formen machen, bei denen sich ein Cervixmyom in das Septum rectovaginale hineinentwickelt hat. Oder wenn ein Myom der Corpuswand in eine Muttermundslippe heruntersteigt und sie zu verdoppeln scheint. Auch ein Hämatometra im rudimentären Horn kann zu Verwechslung Anlaß geben; die richtige Diagnose wäre dann durch eine einfache Sondierung mit der Uterussonde zu stellen; doch ist ihre Anwendung gefährlich.

Portiomyom und Gravidität.

Es liegt in der Natur des Sitzes der Portiomyome, daß sie das Entstehen einer Schwangerschaft erschweren. Kommt es wirklich zu einer Gravidität, so wird es ganz von der Größe des Portiomyoms abhängen, ob eine normale Geburt möglich ist oder nicht.

Wie alle Myome so wachsen auch die Portiomyome verstärkt während der Gravidität. Infolge ihres Sitzes führen sie besonders leicht zu Störungen. Frühinsholz beobachtete schon anfangs der Gravidität starke Blutungen. Oedeme, intratumorale Blutungen, entzündliche Veränderungen, Kohabitationshindernis lassen die Patienten öfters den Arzt zuziehen als bei den übrigen Myomen. So erklärt es sich, daß Queissez unter seinen 100 Portiomyomfällen 28 mal zu gleicher Zeit Gravidität feststellen konnte. Lambert nimmt häufige Fehlgeburten bei Portiomyomen an.

Walter (Gießen) weist darauf hin, daß gerade bei Portiomyomen eine genaue Beobachtung während der Gravidität notwendig ist, besonders in den letzten Monaten. Auch die Hebammen sind auf die Schwangerschaftskomplikation durch Portiomyome hinzuweisen und müssen unbedingt rechtzeitig einen Arzt holen.

Eine Geburt kann bei Portiomyom wohl möglich sein. Entweder wird der langgestielte Tumor vom vorliegenden Kindsteil vor die Vulva geschoben oder der Tumor ermöglicht den Durchtritt des Kindes durch Aufsteigen ins große Becken bei langem Stiel; am besten bei Sitz an der vorderen Lippe, weil er hier über die Symphyse durch Dehnung der Bauchwand dem vorliegenden Kindsteil nach vorne ausweichen kann. Ist aber die hintere Muttermundslippe der Ausgangspunkt und ist der Tumor etwas größer, so muß er, durch das Promontorium beim Ausweichen nach oben behindert zum Geburtshindernis werden. Sofern der Stiel aber sehr lang ist, kann der Tumor seitlich zur Fossa iliaca ausweichen. (Gottschalk).

Die Entfernung der Portiomyome währernd der Gravidität macht sehr häufig Aborte. Wenn es schon nicht zur Spontangeburt kommt, was immerhin in 75% der Fall ist, so empfiehlt es sich, die Geschwulst erst nach Einsetzen der Wehen abzutragen. In 4 solchen Fällen beobachtete Queissez keine Regelwidrigkeit des Geburtsverlaufes.

Als letztes Hilfsmittel bleibt die Sectio cäsarea; besonders bei breitbasigem Myom der hinteren Muttermundslippe mit Placenta prävia.

Myomherz

Seit langem war es eine bekannte Tatsache, daß Myomoperierte sehr zu Embolien und Thrombosen neigten; daß überhaupt der Kreislauf während und nach der Operation leichter versagt, wie bei anderen Operierten. Die Ursache dafür wurde im Herzen, in den Gefäßen, in den innersekretorischen Drüsen gesucht. Viele Autoren, wie P. Straßmann, Winter, Fleck fanden in 40 bis 50% aller Myomfälle subjektive und objektive Herzstörungen, wie Verbreiterungen, erhöhte Pulsfrequenz, Geräusche, ohne daß jedoch ein einheitliches Bild des Myomherzens hätte gezeichnet werden können. Aehnlich waren auch die Ergebnisse der pathologischen Forschungen; sowohl Hypertrophie wie Dilatation, fettige Degeneration, braune Atrophie wurden gefunden, aber es fehlte der einheitliche Aufbau. Infolgedessen lehnte Winter den Begriff Myomherz ganz ab. Andererseits suchte man die Gründe für die vielfachen Herzstörungen

der Myomkranken in einigen Begleiterscheinungen der Myomkrankheit selbst. Es lag nahe die ständigen heftigen Blutverluste der Myomatösen für die Kreislaufstörungen haftbar zu machen. Der Gedanke, daß die Anämie zu funktionellen und anatomischen Veränderungen des Herzens führen könnte, hat etwas sehr Bestrickendes; aber Fleck zeigte bei 34,6% Myomkranken Herzaffektionen, ohne daß Blutungen bestanden. Auch der Erklärungsversuch aus mechanischen Gründen durch Stauung oder Kompression der Gefäße infolge der Größe des Tumors war leicht zu widerlegen, da man auch bei kleinen Myomen Herzveränderungen sah; andererseits beobachtete man selbst bei großen Ovarialkystomen nie Aehnliches. Eine dritte Erklärung lehnt sich an die Tatsache, daß die Entstehung der Myome an die geschlechtsreife Zeit, besonders an deren Ende (?) geknüpft ist und daß mit dem Klimakterium bezw. der Röntgenkastration ein Stillstand bzw. Rückgang der Tumoren eintritt. Dadurch suchte man die eigentliche Ursache im Ovarium. Bekannt ist auch der Habitus myomatosus: Blässe, Aufgeschwemmtheit, frühzeitiges Ergrauen und oft angedeutete Struma, vor allem die Blutdruckerhöhung, welcher Friedrich v. Müller für den Begriff Myomherz ausschlaggebende Bedeutung beimißt. Ueber die Bedeutung von Blutdruckerhöhung, Blutungen und Herzveränderungen bringt E. Straßmann in Nr. 38 des Zentralblattes f. Gyn. 1925 auf Grund einer großen Reihe von Untersuchungen sehr interessante Tatsachen:

„Das natürliche Klimakterium bewirkt eine mindestens 1 Jahr anhaltende Blutdrucksteigerung. die im Durchschnitt 20 mm Hg. systolisch beträgt. Sie beruht auf dem Ausfall der inneren Eierstockssekretion mit ihrer vagotropen d. h. blutdrucksenkenden Tendenz. Sie trifft bei fast allen Frauen zu und hat eine unangenehme Folge: sie führt in 15—20% aller Fälle zu path. Herzvergrößerung. Diese beiden klimakterischen Kreislaufsymptome, der klimakterische Blutdruck und das klim. Herz treffen natürlich auch die Myomkranken."

Was die Blutungen angeht, so ist es klar, daß die alle paar Wochen wiederkehrenden Aderlässe den Blutdruck beeinflussen müssen und zwar im Sinne einer Erniederung sowohl bei stark blutenden Menstruierten, als auch klimakterischen Myomkranken. Andererseits haben die

Myomkranken bereits vor Einsetzung der klim. Blutdruckerhöhung einen höheren Blutdruck, als die anderen Frauen nachher, wodurch die Myomkranken eine gewaltige Hypertonie bis 160 und mehr erreichen können. Der Gedanke, daß die Blutdruckerhöhung ja durch die verstärkten Blutungen wie durch Aderlässe bekämpft würde, ist ein Trugschluß. Der Blutdruck wird zwar herabgesetzt, aber nur dadurch, daß auf die erste Schädigung eine zweite aufgepfropft wird. In den hier zitierten Ausführungen beweist P. Straßmann, daß die Herzkraft infolge der Blutungen unter das gewöhnliche Maß herabgedrückt wird, daß also trotz des innersekretorischen Impulses, den die nichtblutenden Myomkranken unverhüllt zeigen, die absolute Leistung des Herzens hinter der anderer Frauen zurückbleibt. Die Folgen zeigen sich dann in Kollapsen, Embolien, Thrombosen.

Zusammenfassend sagt P. Straßmann: „Mas Myomleiden ist als eine Art Alterserkrankung des Eierstockes aufzufassen, die sich am Uterus durch Geschwulstbildung und häufig verstärkte Mennorhagien, an den Gefäßen durch Blutdruckerhöhung, am Herzen durch Hypertrophie und Dilatation äußert. Der Begriff Myomherz ist in diesem Sinne festgelegt als ein Teil des Myomkreislaufes. Das Myomherz ist zu ergänzen durch den Begriff Myomblutdruck, ohne den das Myomherz nicht entsteht. Bei starken Blutungen, wo das Myomherz und der Myomblutdruck ziffernmäßig weniger in Erscheinung treten, lehrt die klinische Beobachtung, daß der Kreislauf durch seine doppelte Belastung besonders leicht versagt."

Was die Therapie betrifft, so ändert die Enukleation den Kreislauf nicht, da ja die Ovarien im Körper bleiben. Infolgedessen bleibt die Hauptbehandlung die Totalexstirpation und die Röntgenkastration; wobei man bei der Totalexstirpation unterscheiden muß, ob mit oder ohne Adnex. Straßmann empfiehlt das Röntgenklimakterium, das ja keine eigentliche Kastration darstellt, die Blutungen aber beseitigt.

Therapie.

Meist machen die Portiomyome keine wesentlichen Erscheinungen, solange sie nicht zu groß sind. Dann bedürfen sie auch keiner Behandlung. Erst ihre Größe, die

Beziehungen zu Nachbarorganen bedingen Komplikationen, die ein Einschreiten notwendig machen. Von ganz besonderer Bedeutung ist hierbei der Druck auf den Blasenhals mit der folgenschweren Unmöglichkeit, Urin zu lassen.

Abgesehen von der früher sehr gerne angewandten konservativen Methode, der Behandlung mit Ergotin, die im wesentlichen nur die Bekämpfung eines Symptoms, nämlich der Blutung darstellte, sind heute nur die Röntgen- und die operative Therapie die Methoden der Wahl.

Ueber die Abgrenzung beider Verfahren sind die Ansichten noch nicht klar ersichtlich. Die Bestrahlung riskiert keine Operationsschäden, ihre Wirkung richtet sich nur gegen die Ovarien. Die Follikelreifung hört auf, infolgedessen nach 2 Monaten dauernde Amenorrhoe; die Myome werden erst später kleiner, ganz verschwinden sie nie. Bei der Ausführung der Bestrahlung muß man sich vor allem darüber klar sein, ob es sich auch sicher um ein Myom und nicht um ein Sarcom handelt. Auch kann sich ja nach der Röntgenbestrahlung aus einem ursprünglichen Myom noch ein Sarcom entwickeln.

Seitz und Wirtz (Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung genitaler und extragenitaler Sarcome D.M.W. 48. Jahrgang, Nr. 11). benützen bei der Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Myom und Sarcom die Bestrahlung als Hilfsmittel der Diagnose. Bei der Bestrahlung eines gewöhnlichen Myoms bleibt infolge Ausschaltung der ovariellen Tätigkeit die Periode nach 2 bis 3 Monaten aus; erst dann erfolgt auch eine Rückwirkung auf das Myom und im Verlaufe mehrerer Monate fängt der Tumor langsam zu schrumpfen an. 1—1½ Jahre dauert es, bis er sich mehr oder minder zurückbildet.

Bei der Bestrahlung eines Sarcoms oder eines Myosarcoms wirken die Strahlen direkt auf die Tumorzellen, durch deren Zerstörung die Schrumpfung des Tumors eintritt und zwar bereits nach 2—3 Wochen. Wir sind durch dieses verschiedene Verhalten, ob die Schrumpfung langsam oder rasch erfolgt, bei einigermaßen typischen Fällen imstande, die Differentialdiagnose zwischen Myom und Sarcom zu stellen.

Eine Anwendung der Strahlen vor dem 40. Lebensjahr ist auf Grund der Ausfallserscheinungen nicht zu empfehlen (Glieder- und Gelenkschmerzen, Schweißaus-

brüche, Blutwallungen, vasomotorische Störungen). Später also in der Zeit des Beginnes der physiologischen Altersinvolution sind die Störungen nicht so heftig.

Immerhin sind die Erfolge, was das Ausbleiben der Blutung betrifft, gut, wenigstens für die interstitiellen Portiomyome. Die submukösen Portiomyome eignen sich weniger gut für die Bestrahlung. Sie zeigen oft trotz längerer Bestrahlung „Kapselblutung". Gerade bei ihnen ist auch die Ueberlegenheit der „konservativen" operativen Behandlung am sinnfälligsten. Denn die submukösen Myome der Portio hängen der Schwere folgend polypenförmig in die Vagina hinein, die Stielverbindung mit dem Entstehungsort ist meist sehr dünn ausgezogen, mit wenigen Gefäßen durchsetzt, so daß die einfache Entfernung durch Torsion oder Abschneidung des Stiels per vaginam keine wesentlichen Schwierigkeiten macht.

Schon aus rein anatomischen Gründen hat die operative Behandlung der Portiomyome viel für sich. Sie kommt vor allem in Frage bei jungen Frauen unter 40 Jahren, bei ganz großen Portiomyomen, welche schwere Verdrängungserscheinungen machen, bei gleichzeitiger Gravidität, bei langdauernden erschöpfenden Blutungen, schließlich bei allen regressiven Vorgängen, wie Nekrose und besonders bei Verdacht auf maligne Entartung. Im letzteren Fall empfiehlt es sich jedoch immer zuvor eine Probeexcision zu machen. Ganz besonders weist darauf F. W. Quaas in seiner Inauguraldissertation (Leipzig) über „Ein Beitrag zur Kenntnis der Collummyome" hin: Die Diagnose war auf Grund der Symptome (Blutung, Ausfluß, Untersuchungsbefund) auf Carcinoma cervicis gestellt worden, die Blutungen zeigten gerade hier den bei Cervixmyom zu erwartenden entgegengesetzten Charakter, sodaß auf eine Probeexcision mit darauffolgender mikroskopischer Untersuchung verzichtet werden konnte. Es wurde die Totalexstirpation nach Wertheim ausgeführt; die spätere mikroskopische Untersuchung ergab ein Leiomyom.

Bei den interstitiellen, scharf abgegrenzten Myomen der Portio dürfte bei geringer Größe eine Enukleaktion möglich sein. Anders bei den diffusen, allmählich in die Cervix übergehenden oder bei den jedenfalls enorm seltenen subserösen Myomen der Pars vaginalis uteri post. Hier wird die Totalexstirpation das nicht zu um-

gehende Verfahren sein. Die Radikaloperation hat den Vorteil, daß sie die Gefahr der Nachblutung ausschließt, sowie der malignen Degeneration. Sie hat den Nachteil der Gebärunfähigkeit.

Der vaginale Weg ist für das momentane Befinden der Patienten angenehmer, der abdominelle aber ist sicherer.

Amann berichtet über einen Fall, der einzig in der Literatur dasteht. Es handelte sich um ein Myom, das die ganze rechte Hälfte der Portio vaginalis einnahm, so daß beide Muttermundslippen je zur Hälfte als Ansatzstelle des Tumors erschienen.

Pernice beobachtete ein Fibromyom von Faustgröße, welches durch einen runden Stiel mit der hinteren Muttermundslippe zusammenhing und aus der Scheide herausragte.

Freund berichtete über ein Fibromyom der hinteren Lippe bei einer 40jährigen Patientin. Der Tumor füllte die Scheide vollständig aus. Dieser Fall war durch besonders starke Blutung ausgezeichnet.

Thiele beschreibt das Portiomyom einer 41jährigen Arbeitersfrau, das von der hinteren Mutermundslippe ausging und über die Vulva hinausragte. Der excidierte Tumor hatte eine kegelförmige Gestalt, war 14 cm lang, der Basisumfang betrug 22 cm. In den mit reichlichem Bindegewebe untermischten Zügen der glatten Muskulatur wurden vereinzelt Cysten nachgewiesen, deren Wände mit Endothel bekleidet waren und deren Inhalt aus lymphatischer Flüssigkeit bestand.

Gottschalk beobachtete ein orangengroßes Portiomyom der hinteren Lippe, das aber die Frau nicht an einer Entbindung ohne jede ärztliche Hilfe hinderte. Einige Zeit nach dieser Entbindung hatte Gottschalk Gelegenheit die Patientin noch einmal zu sehen. Die Geschwulst war bedeutend gewachsen und füllte das kleine Becken vollständig aus; trotzdem hatte die Frau keinerlei Beschwerden und verweigerte eine Operation.

Mickucki berichtet über ein großes Myom der hinteren Lippe, das lang gestielt war und spontan geboren wurde.

Vorbeck: 49jährige Frau, vor 15 Jahren letzter Partus, Menses bis vor 2 Jahren immer regelmäßig. Seitdem bestehen unregelmäßige, bald stärkere, bald

schwächere Blutungen; Urinentleerung zuweilen erschwert. Die vordere Muttermundslippe ist in einen sich cystisch anfühlenden, fast doppelfaustgroßen Tumor verwandelt, der die vordere Muttermundslippe stark nach abwärts drängt. Die hintere Muttermundslippe ist in der Kreuzbeinhöhlung als scharfer, halbmondförmiger Saum zu fühlen. In Narkose Ausschälung des Myoms und Verschluß der Wunde der vorderen Muttermundslippe durch 2 Nähte.

Im 2. Fall handelte es sich um eine 20jährige Patientin. Kein Partus, kein Abort. Menses seit dem 15. Lebensjahr, o. B. Geringer Fluor; Vagina eng, fast ganz ausgefüllt durch einen apfelgroßen, glatten, kugeligen Tumor von solider Consistenz, der der vorderen Muttermundslippe angehört. Muttermund spaltförmig ausgezogen. Cervicalkanal für einen Finger durchgängig, die hintere Muttermundslippe ist sehr dünn. Operation durch stumpfe Ausschälung des Tumors aus der vorderen Lippe.

Beide Fälle unterscheiden sich also durch das verschiedene Alter, durch die verschiedene Symptomatologie.

Ramsbotham berichtet von einer Frau, die 2 mal spontan geboren hatte. Vor der Ausstoßung der Placenta erschien vor der Vulva ein Tumor. 8 Tage nach der Geburt stellten sich starke Blutungen ein, deren Ursache ein birnengroßes Fibromyom der Portio war.

K. Kolb berichtet über mehrere interessante Fälle von Portiomyom:

I). 49jährige Frau, Menses immer normal; erst seit zwei Jahren ist die Periode unregelmäßig geworden, sowohl was die Dauer, als auch was das Intervall anbetrifft. In letzter Zeit hat sie mehr Blut verloren, als vorher, doch blutet sie nie zwischen den einzelnen Perioden. 7 Spontangeburten.

Vor 3 Jahren bekam die Patientin einen Vorfall; da Operation verweigert wurde, bekam sie einen Gürtel, der auch den Prolaps immer gut zurückhielt. Ging der Vorfall wirklich einmal heraus, so ließ er sich immer wieder gut zurückbringen. Erst 8 Tage vor Spitaleintritt gelang die Reposition nicht mehr, er nahm stark an Volumen zu, sie vermochte nicht mehr zu gehen, fieberte, der Urin floß von selbst ab.

Bei der Untersuchung ergab sich ein über mannskopfgroßer, knolliger Tumor, aus der Vulva heraushängend,

dessen Oberfläche 3 große und mehrere kleinere nekrotische Stellen aufwies. Die Geschwulst hing mit einem 5 cm langen und 3 cm breiten Stiel an der vorderen Muttermundslippe. Hintere Lippe intakt. Die Portio ist vor den Introitus vaginae gerückt, in toto stark ödematös, weich, während der Tumor derbere Konsistenz aufweist. Durch ein langes Collum geht die Portio in den großen Uterus über, der im Becken liegt, retrovertiert.

Diagnose: Prolapsus uteri incompletus cum elongatione colli infravaginalis. Inversio vaginae partialis. Myoma labii ant. portionis uteri.

Das durch die Operation (Panhysterectomia vag., Castratio duplex, Colporraphia ant.) gewonnene Präparat wog 1800 g. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Myom.

Bemerkenswert an dem Fall ist, worauf Kolb noch besonders hinweist, die außerordentliche Größe des Tumors. Er soll erst während der letzten 8 Tage so stark gewachsen sein und führte infolge seiner enormen serösen Ausschwitzung zu einem großen Flüssigkeitsverlust der Patientin.

II). Frau E. ließ sich mit 32 Jahren einen hühnereigroßen aus der Cervix ragenden und den Muttermund ganz ausfüllenden Tumor entfernen, der breitbasig an der vorderen Cervixwand inseriert war. Es handelte sich um einen cervicalen, myomatösen Polypen.

10 Jahre später kam die Patientin wieder, nachdem schon vor 3 Jahren von ihrem Hausarzt ein weiterer Cervixpolyp entfernt worden war. Nun klagt sie über Kopfschmerzen, Brechen, Uebelkeit, Brennen beim Wasserlassen. Nach der letzten Periode kam Etwas aus der Scheide heraus, das sie aber wieder zurückdrängen konnte. Die Untersuchung ergab einen faustgroßen Tumor, breitbasig der vorderen Muttermundslippe aufsitzend, mit eitrigem Zerfall, Fieber. Durch circuläre Umschneidung des Stiels wurde er abgetragen. Gewicht 250 g. 3 Tage nach gut überstandener Operation starb Patientin an Lungenembolie.

Bemerkenswert an diesem Fall ist vor allem das recidivierende Auftreten der Myome von Cervix und Portio.

III). Bei einer 36jährigen Frau beschreibt Kolb noch ein Myom der hinteren Muttermundslippe, das 3monat-

lichen blutigwässerigen Ausfluß verursacht hatte. Der Tumor wurde in toto ausgeschält, dadurch daß die bedeckende Schleimhaut gespalten und seitlich stumpf oder mit Scherenschlägen zurückpräpariert wurde: Leiomyom.

IV). Eine 64jährige Frau mit 14 Geburten, 2 Aborten blutete seit 1 Jahr etwas aus der Scheide, ohne Schmerzen; nur bei der Miktion mußte sie immer stark drücken, bis Wasser kam. Die Untersuchung ergab einen nußgroßen Tumor der vorderen Muttermundslippe von derber Consistenz, bei retroflektiertem Uterus.

V). Bei einer 36 Jahre alten Patientin fand Kolb einen gänseeigroßen Polypen, der breitstielig von der vorderen Muttermundslippe ausging, ohne je die geringsten Beschwerden gemacht zu haben. Er hatte sich zum ersten Mal unter der Geburt gezeigt, wurde an seinem Stiel abgetragen und obwohl dabei die Fruchtblase sprang, ging die Geburt glatt. Die mikroskopische Untersuchung ergab auch hier ein Leiomyom.

v. Rabenau: Ein Fall von multiplen Myomen der Portio vag. (Berl. klin. Wochenschrift 1882 S. 170.)

Patientin, 35 Jahre alt, erst seit 10 Jahren menstruiert, seit 2 Jahren an heftigen Blutungen leidend, die sie sehr schwächten. Stets starker Fluor albus. Zierliche, anämische Person. Uteruslage o. B., Corpus nicht vergrößert. Ovarien o. B. Portio ist vergrößert, namentlich die vordere Lippe pilzförmig. Die normale Cervix geht in einen orangengroßen, sich mäßig derb anfühlenden Tumor von unregelmäßiger Oberfläche über, dessen Schleimhaut zum großen Teil erodiert ist und leicht blutet. Rechts findet sich supravaginal in der Cervix noch ein bohnengroßer, solitärer Höcker. Probeexcision aus der vorderen Lippe: Myom (Dr. C. Ruge). Daraufhin Amputatio colli, Cervix hoch hinaufgespalten und beide Lippen amputiert. Heilung o. B. Die Untersuchung ergab in der vorderen Lippe, durch die Faserung deutlich abgegrenzt, einen wallnußgroßen Tumor, in welchem die Excisionslücke sichtbar war. Hintere Lippe haselnußgroßer Tumor: Myom.

Nach 3 Monaten Nachuntersuchung fühlt sich die gut vernarbte Wunde so hart an, daß Verdacht auf neue Geschwülste besteht. Die Aetiologie ist bemerkenswert. Patientin stammt aus einer Familie, die zu Genitaler-

krankungen außerordentlich disponiert erscheint. Zwei Tanten haben keinen Uterus, eine Schwester ist nicht menstruiert, die Mutter wiederholt wegen gestielter submuköser Myome operiert.

Auffallend an dem Fall sind die multiplen Myome, die erst spät einsetzende Menstruation, die Tatsache des Recidivierens. Gewöhnlich machen sie erst Beschwerden, wenn sie groß geworden sind. In unserem Fall sehr beunruhigende Erscheinungen schon zu einer Zeit, wo die Myome noch sehr klein waren. Bei der ersten Untersuchung vor 2 Jahren waren sie überhaupt noch nicht zu fühlen, jetzt schon diese Größe. Durch die einfache Untersuchung war überhaupt keine Diagnose zu stellen. Schröder bespricht die Differentialdiagnose zwischen Ca. und Myom und gibt an, daß die Consistenz und das Verhalten gegenüber der Umgebung die Unterscheidung ermöglichten. In diesem Fall nicht, denn die Umgebung war sehr verändert, so daß die einzelnen Knoten nicht durchzufühlen waren und die Consistenz entsprach durchaus dem Ca. Nimmt man noch die leicht blutende Oberfläche, so wird man zuerst an ein Ca. denken, wie auch die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete.

Peter Müller fand bei einer Patientin eine glatte, teigige Geschwulst vor den äußeren Geschlechtsteilen liegend, die mit einem dünnen Stiel in die Scheide hineinging. Dort setzte sich der Stiel in eine dicke, konische, fleischige Masse fort, die direkt in die Scheidewand am Fundus überzugehen schien. Nach längerer Untersuchung fand man erst links von diesem konischen Körper eine 4 mm breite Falte, von welcher aus die Sonde 3 Zoll weit in den Uterus hineinlangte. Der Stiel hatte die vordere Muttermundslippe ausgezogen.

Depaul zog bei einer Geburt einen faustgroßen Tumor aus dem Uterus heraus, der von der vorderen Muttermundslippe ausging und an einem 5 cm langen Stiel befestigt war.

Chiari beschreibt einen Fall, wo ein von der vorderen Muttermundslippe ausgehendes Fibromyom den ganzen Uterus zum Vorfall brachte und die ganze vordere Lippe zu einem dicken Stiel ausgezogen hatte.

Gusserow entfernte ein faustgroßes Myom der vorderen Muttermundslippe, das anfangs den Anschein erweckte, als läge eine Inversio uteri vor.

Athill hat einen Fall beschrieben, indem ein eigroßes Fibromyom seinen Ausgangspunkt von der vorderen Muttermundslippe nahm.

Frey Peter (Diss. Greifswald 1897):

44jährige Patientin, vor 7 Jahren eine schwere Zangengeburt, bemerkt erst jetzt, daß sie in der Scheide eine Geschwulst hat. Bis vor kurzem keinerlei Beschwerden; nun nur beim Gehen. Starker Fluor. Die Untersuchung ergibt einen kindskopfgroßen vor der Vulva hängenden unregelmäßigen Tumor, der von einer derben Haut umgeben ist. Der Tumor hängt an einem 5 cm langen Stiel, der sich als die lang ausgezogene Muttermundslippe erweist. Die hintere Lippe legt sich faltenförmig der eigentlichen Geschwulstmasse an, vom Muttermund bleibt nur die wenig mehr als stecknadelkopfgroße Oeffnung übrig. Der Uterus ist durch das Gewicht der Geschwulst sehr nach unten gezogen und etwas retrovertiert. Der Tumor wird durch Stieldurchtrennung abgetragen, der Stumpf des Stieles durch einige Seidennähte völlig einer vorderen Muttermundslippe ähnlich gestaltet. Guter Heilungsverlauf; die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibromyom mit überwiegendem fibrösen Bestandteil, von Plattenepithel bedeckt.

Koblank demonstrierte ein Präparat, das einer 63-jährigen Frau entstammt mit totalem Scheiden- und Gebärmuttervorfall. Die vordere Lippe des Scheidenteils war in diese, in frischem Zustand etwa faustgroße, 300 g. schwere Geschwulst verwandelt. Es handelte sich hier um einen nicht sehr häufigen Fall von myomatöser Hypertrophie der Portio. Es wurde nur der Tumor abgetragen; der Prolaps konnte nicht operiert werden, da die Patientin zu schwer herz- und lungenkrank war. (Zentralblatt für Gynäkologie. 49. Jahrg. 1925 Nr. 37.)

Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Leipzig. — Sitzung am 13. VII. 1925.

Herr Hornung (Leipzig) demonstriert:

d) ein fast kindskopfgroßes Cervix-Portiomyom. Diese Myome sind nicht sehr häufig; das Hauptinteresse bei ihnen liegt auf der operativ-technischen Seite: sie keilen sich, wenn sie derartige Größe erreichen, allmählich fest ins kleine Becken ein, indem sie sich zwischen Scheide und Rektum tief hinunterdrängen; der Verlauf der Uterin-

gefäße, vor allem der Ureteren, kann ganz atypisch werden.

Diskussion. Herr Sellheim (Halle a. S.):

„Die klinische Bedeutung dieser Geschwulstform (Cervix- und Portiomyom) ist doch reichlich groß. Zunächst muß die Differentialdiagnose zwischen Portiomyom und submukösem in Ausstoßung begriffenen Myom gestellt werden. Der Tastbefund reicht nicht immer dazu aus, die Spiegeluntersuchung bringt aber in jedem Fall die Entscheidung durch die Verschiedenheit der Epithelbedekkung: Beim Portiomyom glatte und spiegelnde Oberfläche, beim submukösen graurötliche und matte Schleimhaut. Die Portiomyome können an der Portio selbst entstanden sein, dann sind sie meist mit der verdünnten Portioschleimhaut dicht verwachsen. Sie können aber auch ähnlich wie submuköse Myome durch die Kontraktion des Uterus entlang dem Cervikalkanal als ursprünglich intramurale Myome innerhalb der in der Längsrichtung sich spaltenden Uteruswand nach unten getrieben worden sein. Sie fangen sich dann in der derben Portiokapsel. Der Weg ist in der aufgelockerten Wand mehr oder weniger erkennbar. Man könnte danach versucht sein, von einem primären an Ort und Stelle entstandenen Portiomyom und von einem sekundären, von weiter oben dorthin gelangten Myom zu sprechen. Wichtig ist der Verdacht auf Bösartigkeit eines Tumors, der zunächst als Portiomyom imponiert. Vielknolligkeit und gelbe Stellen können wie bei dem von mir vorgelegten Präparat den Verdacht auf Malignität erwecken. Dieser etwaige Verdacht auf Malignität spielt eine Rolle bei der Operation. Bei gutartigem Aussehen ist die Operation sehr einfach. Nach Kapselspaltung wird der Tumor von oben oder unten her entfernt. Dann ist die Operation eigentlich fertig oder man kann mit Leichtigkeit die Uterusexstirpation folgen lassen. Bei verdächtigem Aussehen muß man auf diese Platzschaffung verzichten. Bei stärkerer Ausdehnung der Geschwulst in Portiohöhe nach der seitlichen und vorderen Beckenwand muß man mit einer nicht geringen Gefahr für Harnblase und Ureter rechnen. Ich rate daher immer zur primären Enukleation. Man erleichtert sich die Operation dadurch ungemein. Im übrigen hat mich die Operation eines hier vorliegenden Falles von Portiomyom gelehrt, was der Ureter

aushalten kann. Der Tumor war kindskopfgroß und ganz nach den Seiten ausgedehnt. Der Verdacht auf Malignität hatte mich abgehalten, den von oben her angegangenen Tumor zu enukleieren. Da unter diesen schwierigen Verhältnissen den Seitenteilen der Geschwulst im auseinandergedrängten Beckenbindegewebe nicht anders beizukommen war, löste ich in langen gegen den Tumor zu gerichteten Zügen die Geschwulst aus und gab dem Assistenten den Auftrag, etwa spritzende Gefäße zu fassen. Nachdem ich die Geschwulst auf diese Weise rechts und links freigemacht, die Gebärmutterbänder abgeklemmt und die Portio von der Scheide abgesetzt hatte, ging ich daran, die mit blutstillenden Klemmen gefaßten Stellen zu versorgen. Dabei entdeckte ich, daß der rechte Ureter mit einer stark gerieften Klemme dicht am Blaseneingang quer gepackt war. Nach Abnahme der Klemme erscheint der Ureter papierdünn und bandartig zusammengepreßt. Da wo die Erhöhungen der einen Branche in die Rinnen der anderen Branche hineingefaßt hatten, schimmerte das Gewebe vollständig durch. Ich mußte also eine sehr starke und wenigstens über mehrere Minuten dauernde Quetschung oder gar Zerquetschung annehmen. Ich überlegte mir, ob ich das maximal geschädigte Ureterstück sofort resezieren und einpflanzen sollte. Da ich aber keine Erfahrung darüber besaß, was man dem Ureter im Höchstfalle zumuten darf, habe ich es doch riskiert, den geschädigten Ureter nach sorgfältiger Gewebsbedeckung sich selbst zu überlassen. Ich habe natürlich die Läsionsstelle bei der Wundversorgung so gelagert, daß im Falle einer Nekrose und Ureterfistelbildung der Urin bequem seinen Weg nach der Scheide zu gefunden hätte. Der Ureter hat das Vertrauen gerechtfertigt. Wie der klinische Verlauf und die spätere Kontrolle durch Cystoscopie bestätigte, ist das so hochgradig gequetschte Ureterenstück wieder funktionsfähig geworden. Der Fall liegt über ein Jahr zurück."

Zur Kasuistik der Portiomyome.

Sieber, Zentralblatt für Gyn. 1914:

42jährige Patientin, bis jetzt glatte Geburten; bei der 3. Entbindung vor 6 Jahren erste Anzeichen des jetzigen

Leidens. Damals habe die Hebamme bei der Expression der Nachgeburt etwas aus der Scheide herausgedrückt, was sie sofort wieder zurückgeschoben habe. Seitdem fühlte Patientin beim Pressen und Wasserlassen etwas aus der Scheide heraustreten. Erschwertes Wasserlassen, im Stehen gar nicht oder nur sehr schwer, in Rückenlage leichter. Bei den späteren Entbindungen keine Erscheinungen mehr.

Beim flüchtigen Zusehen vermutet man einen Prolaps der vorderen Scheidenwand. Beim Pressen wurde jedoch nicht die vordere Scheidenwand sichtbar, sondern ein gänseeigroßer von der vorderen Muttermundslippe ausgehender Tumor, der kurz und breitgestielt der Muttermundslippe aufsitzt. Derbe gleichmäßige Konsistenz, Oberfläche glatt, leicht blutend und teils blaß, teils infolge von Erosionen dunkelrot. Er läßt sich leicht bis vor den Introitus ziehen, hinter ihm fühlt man den spaltförmigen, wenig klaffenden äußeren Muttermund und die normale hintere Muttermundlippe. Uterus nicht vergrößert, derb, anteflektiert; mäßige Cystitis.

Menses alle 4 Wochen, Periode 8 Tage dauernd, nicht zu stark, mäßige Kreuzschmerzen zu Beginn.

Therapie sehr einfach. Der Tumor ließ sich ohne Anästhesie an seinem Stiel durch keilförmige Excision abtragen, die Wunde wurde durch einige Nähte geschlossen. Der Erfolg war, daß die Blasenbeschwerden sofort schwanden, die Cystitis aufhörte, nach 9 Tagen präsentierte sich eine wohlgeformte Portio mit normal gestaltetem äußeren Muttermund. Der Uterus ist nun retroflektiert durch die Entlastung der vorderen Muttermundslippe; keine Beschwerden durch diese Lageanomalie.

Mikroskopisch ergab sich derbes Myomgewebe, das stellenweise noch von geschichtetem Plattenepithel bedeckt war.

In der Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. LIII. 1904 beschreibt Zacharias eine seltene Form von „Cervix"-myom:

39jährige Patientin, Menses früher immer normal, seit ½ Jahr übelriechender Ausfluß, seit 6 Wochen anhaltende Blutung. Die in Narkose ausgeführte Untersuchung ergab, daß die Scheide von einem großen, knolligen Tumor völlig ausgefüllt ist, welcher die Portio ersetzt

und wie ein Pilz vom unteren Uterusabschnitt nach unten hin breit auseinandergeht. Der Tumor reicht allseitig fest bis an die Beckenwand und ist nur wenig verschieblich. Oberfläche glatt, keine Ulcerationen. Auf der Höhe der Geschwulst und in ihrer Mitte befindet sich, dem äußeren Muttermund entsprechend, ein starres Loch, aus dem eine schmierige Flüssigkeit herausfließt. Tumorkonsistenz hart. In der Höhe des Orificiums int. sitzt in der Hinterwand des Uterus ein weiterer Knoten, der über das Niveau der Uteruswand hervorragt. Uteruskörper rechts davon fühlbar. Adnexe o. B.

Die Diagnose lautete mit Rücksicht auf den Befund: Carcinoma cervicis, deshalb Totalexstirpation.

Patientin wurde nach 24 Tagen geheilt entlassen.

Bei Betrachtung des Präparates, schreibt Zacharias, fällt sofort der Größenunterschied zwischen der gleichmäßig aufgetriebenen Portio und der vergrößerten Collumgegend dem Uteruskörper gegenüber auf, ungefähr umgekehrt wie normal. Uteruskonsistenz zwar ebenfalls derb, doch weicher als der Tumor. Von einer carcinomatösen Umwandlung ist nichts zu sehen, es handelt sich hier um eine ganz eigenartige fibromyomatöse Umwandlung der gesamten Cervix und Portio; letztere ist besonders stark beteiligt und vor allen Dingen der Cervikalkanal wird gleichmäßig ringförmig von der Geschwulst umwallt. Der ganze Cervikalkanal hat eine Ausziehung um das Doppelte seiner Länge erfahren.

Mikroskopisch ist sowohl Uterus, als Cervix und Portiogewebe aus Bündeln von Muskelfasern, die sich in allen möglichen Richtungen kreuzen, zusammengesetzt. Reichlich Bindegewebe ist beigemengt, namentlich in Cervix und Portio; an einigen Stellen baumförmige Anordnung, dick, kernam, ohne ausgesprochene Fibrillenbildung. Wahrscheinlich ist dieser homogene Charakter, auf eine degenerative Metamorphose zu beziehen.

Virchow hob besonders hervor, daß bei den Myomen der Cervix und Portio eine Kapselbildung wahrscheinlich infolge des Bindegewebsreichtums meist vorhanden ist; Zacharias fand in dem von ihm beschriebenen Fall von myomatösen Gewebe der Cervix und Portio nur im Gebiet der Portio eine 1,5 mm dicke Schicht von lockerem, zellreichem Bindegewebe an Stelle der normaler Weise ganz schmalen Submukosaschicht

zwischen dem Plattenepithelüberzug der Portio und ihrer Muskulatur.

Was nun die Erklärung des Befundes ergibt, so kommt Zacharias zu dem Schluß, daß sich die ursprüngliche Portio oberhalb des eigentlichen Tumors befunden hat und daß die Geschwulst durch Wucherung nach abwärts eine neue Portio gebildet hat. Dafür spricht der histologische Befund der Tumorbedeckung mit Cylinderepithel, (ferner die Ueberlegung, daß es sonderbar wäre, annehmen zu wollen, daß durch Herabwuchern des Myomgewebes sozusagen an der Portio vorbei eine so regelmäßige Pseudoportio und ein zentral gelegener Cervikalkanal mit gerader Verlaufsrichtung zur Ausbildung hätte kommen können.)

Zacharias weist auch noch auf einen von Fritsch beschriebenen Fall hin, der mit dem vorigen eine gewisse Aehnlichkeit hat. Fritsch sagt: „Ich habe auch ein Myom gesehen, das, völlig ringsherum in der Portio gewachsen, diese in toto vergrößert hatte." Es war ein ganz weiches Myom, welches nach dem Einschneiden sofort zerfiel.

Diese beiden Fälle stehen also in einem gewissen Gegensatz zu der Mehrzahl der beschriebenen. Meist handelt es sich um große isolierte Geschwulstknoten, welche in der vorderen oder hinteren Muttermundslippe sich entwickeln und diese bisweilen enorm auftreiben. Der Uteruskörper sitzt dann in extremer Elevation dem Tumor wie ein Anhängsel auf, der Muttermund ist breit auseinandergezogen, von halbmondförmiger Gestalt, exzentrisch gelegen. Die nicht beteiligte Muttermundslippe ist papierdünn über den Tumor gespannt und oft bei der Palpation kaum fühlbar.

Zusammenfassend sagt Zacharias: Es handelt sich in seinem Falle nicht um einen wohl abgegrenzten Geschwulstknoten, sondern um eine vollständige nach dem Corpus zu nicht durch eine Kapsel begrenzte, diffuse Myomatosis der Cervix u. Portio, welche unter bedeutender Volumenzunahme dieser Teile ringsherum gleichmäßig Platz griff, so daß der Cervikalkanal seine zentrale Lage beibehielt.

In dem von mir beobachteten Fall handelte es sich um eine 52jährige ledige Patientin. Sie hatte 2 Kinder, von denen 1 lebt und gesund ist. Früher waren ihre Menses

immer regelmäßig alle 34 Tage, von normaler Stärke und Dauer. Seit 8 Jahren sind ihre Menses verstärkt sowohl was die Dauer, nämlich 10—14 Tage, als auch was die Intensität betrifft; doch blutete sie zwischen den Perioden nie, litt jedoch immer an einem ätzenden, bräunlichen Fluor.

Die innere Untersuchung ergibt einen birnförmig in die Vagina hereinhängenden Tumor, der breit von der vorderen Muttermundslippe ausgeht. In Narkose wird nach Stielunterbindung der Tumor unter Durchschneidung seines Stiels entfernt. Keine Nachblutung.

Nach 6 Wochen kommt die Patientin zur Nachuntersuchung. Sie hatte keinen Ausfluß und keine Blutung mehr. Bei der inneren Untersuchung ist die vordere Muttermundslippe völlig normal gestaltet und auch von normaler Konsistenz.

Allgemeinbefinden, sowie Herz, Blutdruck sind wie bei der Einlieferung o. B.

Die mikroskopische Untersuchung des 54 g. schweren Tumors ergab ein submucöses Fibromyom (H. Professor Dr. Groll, Path. anatom. Institut München.)

Zum Schluß obliegt mir die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Weber für die freundliche Ueberlassung der Arbeit, sowie Herrn Oberarzt Dr. Saenger für viele wertvolle Ratschläge von ganzem Herzen zu danken.

Literatur

Gusserow: Neubildungen des Uterus.

P. Frey: Ueber das Cervixfibrom insbes. über einen in der hiesigen Frauenklinik beobachteten Fall von Fibromyom der vorderen Muttermundslippe. (Inaugural Diss. Greifswald 1897).

Sieber (Zentralblatt für Gyn. 1914): Zur Kasuistik der Portiomyome.

Virchow: Geschlülste.

v. Winckel: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1890.

Löhlein: Zur operativen Behandlung großer Cervixmyome. Deutsche med. Woche 1899 Nr. 16.

Seitz u. Wintz: Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung genitaler und extragenitaler Sarcome D. m. W. 48. Jahrg. Nr. 11.

v. Rabenau: Ein Fall von multiplen Myomen der Portio vag. Berl. klin. Wochenschrift 1882 S. 170.

Zentralblatt für Gyn. 49. Jahrgang 1925 Nr. 37: Demonstr. H. Hornung, Diskussion H. Sellheim.

Zacharias: Eine seltene Form von Cervixmyom. Zentralblatt für Geb. und Gyn. Bd. LIII. 1904.

Straßmann E.: Myomherz. Zentralblatt für Gyn. 1925.

Schröder: Lehrbuch der Gynäkologie. II. Auflage, Leipzig 1926.

Aschoff: Myomkeime des Uterus. Deutsche med. Wochenschrift 1909 Nr. 23.

Vorbeck: Ueber Cervixmyom unter besonderer Berücksichtigung der Portiomyome, Inaug. Diss. Berlin.

Ernest Queissez: Ueber das Myom der Portio. Bibliothek der kantonalen Entbindungsanstalt Sct. Gallen 1924.